

*Divertikels in de buik*

DOOR DR J. H. SLINGENBERG, CHIRURG TE DEVENTER

Divertikels van het maagdarmkanaal kunnen over de gehele lengte van de tractus digestivus voorkomen. Voor ons gaat het nu om die divertikels, welke in het abdomen zijn gelegen en speciaal die, welke in de algemene praktijk tot acute verschijnselen aanleiding geven en waarbij een spoedopname in het ziekenhuis is verantwoord.

Wanneer men van proximaal naar distaal het darmkanaal vervolgt, blijkt het volgende:

- 1 Divertikels van de maag komen zeer zelden voor en geven geen typische klachten.
- 2 In het duodenum worden beneden de 30 jaar eigenlijk geen divertikels gevonden. Boven de 50 jaar worden bij ongeveer 5 procent van de maag en duodenum onderzoeken door de röntgenoloog divertikels gevonden, terwijl minder dan de helft van deze patiënten klachten heeft, welke eventueel op de aanwezigheid van een divertikel zouden kunnen berusten. In elk geval zijn deze klachten niet karakteristiek.
- 3 Ook de divertikels van het jejunum zijn vrij zeldzaam en komen eveneens het meest voor boven de 50-jarige leeftijd. Zij zijn vaak multipel en liggen meestal aan de mesenteriale zijde van de darm, zijn dan gelokaliseerd op de plaats waar de vaten de darm binnenkomen en bezitten als regel een wijde opening. Type-rende klachten ontbreken ook hier; ernstige bloedingen kunnen voorkomen, doch hoogstens kan de conclusie worden bereikt dat de lokalisatie van de bloedingen hoog in de dunne darm is gelegen (*Renes*).
- 4 Verkregen divertikels van het ileum zijn zeer zeldzaam, doch het een geheel eigen plaats innemende divertikel van Meckel komt frequent voor.
- 5 Van het colon kan het coecum een (vermoedelijk aangeboren) echt divertikel vertonen. Verder kunnen de divertikels door het gehele colon verspreid optreden met een sterke progressie naar het colon descendens en sigmoideum.

Uit deze rij mogelijkheden dienen er twee te worden gelicht, daar in de algemene praktijk het stellen van deze diagnose mogelijk is, althans met een zekere mate van waarschijnlijkheid kan worden vermoed. De andere divertikels kunnen hoogstens als *rara avis* in de differentiële diagnose worden betrokken, doch hebben geen pathognomonische symptomen.

Het divertikel van Meckel komt volgens de literatuuropgaven bij 1 tot 3 procent van onze bevol-

king voor. Het bestaat uit een lang of kort persistent stuk van een niet geheel geobliteerde ductus omphalo-entericus en wel het deel aan de darmzijde van deze gang; het is meestal 1 tot 10 cm lang en het wordt een heel enkele maal gevonden als een tot de navel reikende streng of buis. De basis blijkt te zijn gelegen op 6 tot 90 cm van de valvula Bauhini. Zoals bekend, kan het divertikel een ander type mucosa bezitten dan eigenlijk tot het ileum behoort en wel maagslijmvlies, duodenumlijmvlies en zelfs pancreasweefsel of colonslijmvlies vertonen. Hierdoor kunnen ulceraties optreden, welke aanleiding geven tot hetzij acuut optredende, of eventueel toenemende bezwaren en chronische klachten. De verschijnselen kunnen zich voordoen als ontstekingsprocessen, welke gelijken van appendicitis acuta tot perforatie peritonitis; ook kan het beeld van darmafsluiting ontstaan en kunnen bloedingen optreden.

Is de afwijking nu als zodanig te diagnostiseren?

Het divertikel zelf geeft gewoonlijk geen klachten en in de regel kunnen wij de complicaties herkennen en het oorzakelijk verband met een divertikel van Meckel in onze differentiële diagnose betrekken. Behoudens enkele ongewone complicaties (*De Jong*) zijn de meest voorkomende complicaties ontstekingen en perforaties, bloedingen en ileus.

Ontstekingen en perforaties. Zoals reeds opgemerkt kunnen deze dezelfde verschijnselen geven als een appendicitis acuta. Bij de laatste treedt echter als regel een lichte obstipatie op, terwijl bij de diverticulitis veelvuldig lichte diarree wordt gezien. De peritonitis is vaak ernstiger dan bij appendicitis daar het divertikel niet zo fraai in een hoekje van het abdomen ligt als gewoonlijk de appendix en het ontstekingsproces hierdoor minder gemakkelijk wordt afgekapseld.

Bloedingen. Massale rectumbloedingen bij jonge mensen zijn zeer suspect voor de aanwezigheid van een Meckels divertikel. Deze komen in driekwart van de gevallen in het eerste levensjaar voor en geven een sterke daling van het hemoglobinegehalte van het bloed tot onder 10 g/procent, terwijl soms shock ontstaat. Zij ontstaan gewoonlijk uit een klein ulcus pepticum nabij de hals van het divertikel. Bij deze bloedingen wordt weinig pijn aangegeven, in tegenstelling tot de invaginatie, welke bij kleine kinderen eveneens tot rectaal bloedverlies aanleiding kan geven, doch samengaat met de bekende heftige kolieken, welke om een paar minuten optreden. Bij jonge volwassenen zullen we gewoonlijk slechts occult bloedverlies kunnen vinden.

Ook een darmafsluiting kan tot meer of minder acute verschijnselen aanleiding geven. Hierbij kan

de complicatie zich voordoen als een strengileus van de dunne darm met het centrum van de pijnlijkheid bij palpatie veelal even rechts van de navel. Ook kan, bij kleine kinderen vooral, een typische invaginatie optreden, welke wordt verwekt door een kort breed divertikel, waarbij deze invaginatie kan doorschuiven tot in het colon.

De chronische verschijnselen zijn zeer vaag en hebben geen eigen karakter.

Bij de dikke darm blijken de divertikels over de gehele lengte voor te komen, hoewel de frequentie verreweg het grootste is in het colon descendens en vooral — voor meer dan 50 procent — in het colon sigmoideum. Deze divertikels zouden bij ongeveer 3 procent van de gehele bevolking vóórkomen en voornamelijk boven de 40 jaar bij meer gezette mensen met een zittende leefwijze. Met het stijgen van de leeftijd neemt de frequentie zeer sterk toe.

Hoewel congenitale ware divertikels vóórkomen, zijn het bijna steeds op oudere leeftijd ontstane valse divertikels, waarbij dus niet de gehele darmwand in al zijn lagen aan de uitpuiling deelneemt, maar alleen de mucosa, bedekt door peritoneum door kleine defecten in de spierwand, naar buiten puilt. Deze diverticula hebben een nauwe hals en men neemt aan, dat door de retentie van faeces hierin ontstekingsprocessen kunnen optreden, welke diverticulitis eveneens in frequentie met de leeftijd toeneemt.

Van alle patiënten, bij wie na röntgenonderzoek een diverticulose was gevonden, bleek in de zesde decade 20 procent verschijnselen van ontsteking te vertonen; boven de 80-jarige leeftijd neemt dit zelfs toe tot 30 procent.

Hoewel de afwijkingen dus op hogere leeftijd frequent voorkomen, is er een zeer groot aantal patiënten dat geen of slechts vage klachten heeft. Deze zijn dan van algemene aard: obstipatie, onaangename sensaties links onder in de buik of om de navel, soms diarree, enzovoort. Ernstige klachten of acute verschijnselen zijn dan het gevolg van de complicaties.

Als complicaties van de diverticulose kunnen zich voordoen, diverticulitis, ileus, abscesjes en fistels en bloedingen.

De diverticulitis, zoals boven reeds genoemd, kan acuut zijn, chronisch of chronisch recidiverend. Bij de acute aanval gelijken de symptomen op die van een appendicitis, hoewel dan meer naar links gelokaliseerd, terwijl misselijkheid en braken minder frequent voorkomen. De aanval kan na enkele dagen afzakken of de klachten en de verschijnselen nemen toe. Een perforatie met een zich snel ontwikkelende peritonitis is mogelijk, doch komt weinig voor. Gewoonlijk wordt het ontstoken divertikel afgedekt door appendices epiploicae, omentum of naburige darmlissen, waardoor een peridiverticulitis ontstaat met eventueel abscesjes om de darmwand. Er wordt nu een pijnlijk, soms worstvormig infiltraat palpabel en de temperatuur loopt op. Ook nu is resorptie mogelijk maar ook perforatie naar de vrije buikholte, een naburig orgaan of naar buiten,

met als gevolg het ontstaan van in- of uitwendige fistels.

Chronische diverticulitis kan na verloop van enige tijd naast de eigen verschijnselen die van een meer of minder complete dikke darmafsluiting geven.

Bij recidiverende aanvallen moeten we rekening houden met de complicaties, welke tot deze recidieven aanleiding geven; dus resterende submucueuze of juist buiten de darmwand gelokaliseerde abscesjes of de aanwezigheid van fistels, bijvoorbeeld naar de blaas (deze treden voornamelijk op bij de man, daar bij de vrouw uterus en adnexa de blaas grotendeels beschermen).

Behalve de meer of minder acute verschijnselen in de buikholte, waarvoor de huisarts kan worden geroepen, kan het ook wegens een plotseling ontstane darmbloeding zijn. Deze is slechts zeer zelden zo massaal dat een acuut chirurgisch ingrijpen noodzakelijk is, doch kan wel in korte tijd tot een ernstige anemie leiden. Een acuut bloedverlies van een paar honderd ml of een halve liter in bed, w.c. of kleding, is voor de patiënt een dergelijk schrikjagend iets, dat hierbij wel een spoedopname is geïndiceerd. Hoewel het dus meestal wel meevalt, is een nauwkeurige controle op een voortgaande bloeding toch wel gewenst. Met nadruk dient hier te worden vermeld, dat een dagelijks klein bloedverlies eerder wijst in de richting van een neoplasma of hemorroiden dan van een bloeding door diverticulitis. Opgemerkt dient te worden, dat bloedingen uit divertikels vrijwel alleen voorkomen wanneer er sprake is van diverticulitis.

Al deze verschijnselen zijn zeker niet pathognomonisch voor een diverticulitis. Wanneer wij echter de klachten, de habitus en de leeftijd van de patiënt in aanmerking nemen, kunnen we althans een sterk vermoeden uitspreken en kan een röntgenologisch onderzoek onze diagnose bevestigen. In de meeste gevallen zal dit mogelijk zijn, doch het zal ook voorkomen, dat een tevens aanwezig neoplasma niet kan worden uitgesloten. Wat betreft dit coloncarcinoom heeft men geen samenhang kunnen aantonen met de aanwezigheid van een diverticulosis of diverticulitis. Vindt men echter géén afwijkingen op het röntgenbeeld van de darm, dan zullen we vrijwel zeker onze diagnose moeten herzien.

Bij het algemeen lichamenlijk onderzoek zullen we nooit het rectaal toucher mogen verzuimen, ten eerste om een rectumcarcinoom uit te sluiten, doch bovendien is vooral bij de vrouw met een laag gelegen cavum Douglasi soms achter de uterus een vaste pijnlijke weerstand te voelen. Hierbij kunnen acute ontstekingsverschijnselen worden gevonden, zoals lokaal oedeem en zelfs fluctuatie met als algemene verschijnselen koorts en koude rillingen.

De therapie van het divertikel van Meckel zal bestaan uit de resectie van het divertikel. Bij de behandeling van de complicaties zal deze dus hierop zijn gericht en bij een operatieve ingreep tevens het Meckels divertikel worden verwijderd.

Wat betreft de behandeling van de beschreven afwijkingen aan het colon is men algemeen van mening, dat deze in eerste instantie zo mogelijk conservatief dient te zijn. Hierbij zal men dienen te zorgen voor een slakkenarm dieet, dat tevens eiwitrijk is; dus bijvoorbeeld rijst, sago, tapioca, vruchtensap, vlees, gekookte eieren en dergelijke. Daarnaast zullen spasmolytica van nut kunnen zijn en, bij ontstekingsverschijnselen, antibiotica. Het meest eenvoudig zijn darmdesinfectia als Sulfasuxidinum, Salazopyrine en dergelijke. Zonodig kunnen breedpectrum antibiotica worden gegeven. Een operatieve therapie is vanzelfsprekend geïndiceerd bij perforatieverschijnselen, zeer heftige bloedingen of een zich ontwikkelende ileus.

Door een betere preoperatieve sterilisatie van de darminhoud, verbeterde anesthesie en intensievere voor- en nabehandeling der patiënten, gaat men de laatste jaren meer en meer over tot een darmresectie bij de daarvoor geschikte patiënten met diverticulitis. Dit zijn:

- 1 Patiënten onder de 50 jaar met een gelokaliseerde diverticulitis, daar bij deze jonge men-

sen toenemende klachten en verschijnselen kunnen worden verwacht;

- 2 patiënten met recidiverende ontstekingen met complicaties;
- 3 patiënten met een blijvend verhoogde bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes, als uiting van een chronische ontsteking, met anemie als gevolg hiervan, en wanneer tenminste de algemene toestand verder goed is;
- 4 patiënten, waarbij een neoplasma niet met zekerheid kan worden uitgesloten.

In het laatste geval moeten we er ons dus bewust van zijn, dat hier een zeer uitgebreide resectie nodig zal zijn teneinde het betreffende lymfestroomgebied tevens in zijn geheel te kunnen verwijderen.

We moeten er echter goed aan blijven denken, dat diverticulitis-patiënten gewoonlijk oude patiënten zijn, in een matige algemene toestand, bij wie vaak vele achtereenvolgende aanvallen met succes conservatief werden behandeld, terwijl direct levensgevaar niet zo vaak voorkomt.

Jong, F. D. de (1959) Ned. T. Geneesk. 103, 1801.  
Renes, G. J. (1959) Ned. T. Geneesk. 103, 502.

## REFERATEN

### VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

61-035. *Counseling parents of children with cleft lips and palates. Spriestersbach, D. C. (1961) J. Chron. Dis. 13, 244.*

Het geboren worden van een kind met een gespleten verhemelte of/en een hazelip, roept verschillende problemen van psycho-sociale aard op. In de eerste plaats wordt een behandeling gevraagd om het kind beter te leren spreken, maar hier helpt de beste chirurgische en spraakkundige hulp niet, wanneer het kind niet beschikt over een minimum aan sociaal gevoel en het de drang tot communicatie mist. Ten tweede wordt in onze cultuur zeer grote waarde gehecht aan fysieke aantrekkelijkheid waardoor een individu met misvormingen in het gelaat als „anders dan de anderen” wordt beschouwd en zichzelf ook gemakkelijk als zodanig ziet, waardoor het defect een betekenis krijgt, die ver uitgaat boven de anatomische afwijking zelf. Ook kan het hebben van een misvormd kind bij de ouders gevoelens van angst en schuld oproepen. Vooral de moeder is daarvoor vatbaar, waar in onze cultuur het aandeel van de moeder in het algemeen zwaarder wordt beschouwd wanneer er een misvormd kind wordt geboren. Tenslotte weegt ook de teleurstelling van de ouders, die, als iedereen, een „gaaf” kind hadden gewenst, zwaar.

Deze overwegingen gelden overigens niet alleen voor mensen met een hazelip.

Om een inzicht te krijgen over de wijze waarop personen met gespleten verhemelte of lip zich aanpassen, werd in Iowa een grootscheeps onderzoek opgezet, uitgaande van de hypothesen, dat andere factoren dan alleen de anatomische afwijkingen een kind met gespleten verhemelte onderscheiden van andere kinderen, en dat de aanpassingsproblemen voor een deel bepaald worden door de juistheid van de inlichtingen, die de ouders kregen, en de aanpassing van de ouders en de instelling en het gedrag van de ouders ten opzichte van hun kind. Onderzocht werden 175 gezinnen met een kind met hazelip en/of gespleten verhemelte. Tevens werden 175 „normale” en vergelijkbare gezinnen onderzocht. Het belangrijkste deel van het onderzoek was een zeer uitgebreide vragenlijst

met honderden vragen. Deze methode maakt een statistische bewerking mogelijk. Aan de hand van de voorlopige resultaten van dit onderzoek bespreekt de schrijver nu de voorlichting en „counseling” van de ouders.

De eerste reactie bij de ouders, wanneer zij vernemen dat hun kind afwijkingen heeft, zijn voor de moeders meestal in de eerste plaats schrik en daarna bezorgdheid over het uiterlijk van het kind, en voor de vaders de vraag wat er kan worden gedaan, en medelijden met de moeder. Bij de palatoschisis staat vooral de vraag op de voorgrond of het kind kan blijven leven. In de regel hebben de ouders nooit een kind met deze afwijking gezien; hoogstens wel eens een dat werd geopereerd. Het opvangen van deze schok is de taak van de obstetricus. De ouders dienen te worden gerustgesteld, dat er geen onmiddellijk gevaar is voor hun kind, en dat er ter gelegener tijd wel wat aan te doen is (wat in ongeveer 75 procent van de gevallen opgaat). De ouders plegen een onbegrensd vertrouwen te hebben in de mensen, „die het weten”, en het is zaak dit niet te beschamen, noch in woorden noch in houding ten opzichte van het kind. Ten slotte dient de ouders te worden verzekerd, dat de afwijking niet het gevolg is van iets wat zij hebben gedaan of nagelaten, en waarbij ze echter niet de indruk mogen krijgen dat erfelijkheid geen rol speelt.

In de hierna volgende weken komt het er op aan — naast directe adviezen, wat betreft voeding en verzorging — de ouders te doordringen van de therapeutische mogelijkheden (waarbij het gebruik van afbeeldingen van geopereerde gevallen, vóór en na de operatie, van groot nut kan zijn), het opstellen van een plan en de ouders ervan te overtuigen, dat het succes daarvan voor een groot gedeelte van henzelf afhangt, en dat zij deel uitmaken van het team. Iemand moet de moeite nemen om de ouders een en ander duidelijk te maken, en hen te leiden (de huisarts! ref.).

Bij de vraag naar de oorzaak, schijnt het feit dat de „deskundigen” het eigenlijk ook niet weten de ouders gerust te